

**KÉRELEM**  
**gyógyszertámogatás megállapítására**

**1. Személyes adatok:**

1. A kérelmező személyére vonatkozó adatok:

1. Neve: .....
2. Születési neve:.....
3. Anyja neve:.....
4. Születés helye, ideje:..... Ideje: .....év .....hó .....nap.
5. Lakóhely: .....
6. Tartózkodási hely:.....
7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....
8. Állampolgársága:.....
9. Bankszámlaszám .....
10. Folyószámlát vezető pénzintézet neve:.....
11. Telefonszám (nem kötelező megadni):.....
12. E-mail cím (nem kötelező megadni):.....

1. A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

1.  szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy
2.  EU kék kártyával rendelkező, vagy
3.  bevándorolt/letelepedett, vagy
4.  menekült/oltalmazott/hontalan.

1. Kérelmezővel közös háztartásban (azonos lakcímen) élők száma: ..... fő.

1. Kérelmező háztartásában élők személyi adatai:

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
	Név (születési név)	Születés helye, ideje (év, hó, nap)	Anyja neve	Társadalombiztosítási Azonosító Jele
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

## 2. Jövedelmi adatok

kérelmező, valamint a vele közös háztartásban élő személyeknek a havi jövedelme forintban:

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
	A jövedelem típusa	Kérelmező	A kérelmezővel közös háztartásban élő további személyek
1.	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó: ebből közfoglalkoztatásból származó:		
2.	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői tevékenységből származó		
3.	Táppénz, gyermekgondozási támogatások		
4.	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások		
5.	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások		
6.	Egyéb jövedelem		
7.	Összes jövedelem:		

**Megjegyzés: A kérelemhez mellékelni kell a jövedelemnyilatkozatban feltüntetett jövedelmek valódiságának igazolására szolgáló iratokat, kivéve a családi pótlék és a gyermekgondozási segély (GYES) igazolását, amennyiben azt nem a munkáltatói kifizetőhely folyósítja, valamint a gyermeknevelési támogatás (GYET) és a fogyatékosági támogatás (FOT) igazolást.**

## 3. Nyilatkozatok

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy

- életvitelszerűen a lakóhelyemen / a tartózkodási helyemen élek\* (a megfelelő rész aláhúzendó),
- közgyógyellátási igazolványra nem vagyok jogosult,
- egyszeri támogatás igénylése esetén a felírt gyógyszerkiadásom vagy a gyógyászati segédeszközöm beszerzésének költségét önerőből biztosítani nem tudom,
- a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. § (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv - a Nemzeti Adó- és Vámhivatala hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján – ellenőrizheti.

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Kelt: ....., ..... (év) ..... (hó) ..... (nap)

.....  
kérelmező aláírása

.....  
háztartás nagykorú tagjának aláírása

**Igazolás**  
**gyógyszertámogatás megállapításához**  
(a kérelmező háziiorvosa/szakorvosa tölti ki)

Kérjük a hiányzó adatokat kitölteni!

**Igazolom, hogy**

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési helye, ideje (év, hó nap): .....

Lakóhelye: .....

Tartózkodási helye: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

**krónikus beteg, az alábbi gyógyászati eszközre van szüksége rendszeresen, a következő vényköteles gyógyszereket szedi rendszeresen (6 hónapot meghaladóan):**

**Gyógyszer, gyógyászati eszköz neve:**

**Ára:**

.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Kelt: ....., ..... (év) ..... (hó) .... (nap)

.....  
háziorvos aláírása

PH.

Kelt: ....., ..... (év) ..... (hó) .... (nap)

.....  
gyógyszerész aláírása

PH.